

RECLAMO POR DISCRIMINACIÓN DEL CLIENTE

RECLAMANTE

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____
Número de teléfono _____ Correo electrónico _____
Dirección (*Núm., calle*) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Núm. de caso _____ Programa(s) _____

DEMANDADO

Nombre (*Apellido, N., S.I.*) _____ Número de teléfono _____
Dirección (*Núm., calle*) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Otras partes involucradas (*Solamente los nombres*):

Base de la presunta discriminación:

Raza Color Nacionalidad Religión Sexo (*Incluso embarazo y acoso sexual*)
Personas con discapacidades (*La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, según enmendada, Sección 501, 503, y 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, según enmendada*)
Veteranos discapacitados, recién separados, de otras características protegidas y recipientes de medalla por servicio en las fuerzas armadas (*Ley de Asistencia para el Reajuste de los Veteranos de la Era de Vietnam de 1974, según enmendada*)
Edad (*la Ley de Discriminación a Edad en el Empleo de 1967, según enmendada*), (*Ley contra la Discriminación por Edad de 1975*)
Represalia
Genética (*el Título II de la Ley contra Discriminación a base de Información Genética [GINA por sus siglas en inglés] del año 2008*)
Afilación política Estereotipo basado en el sexo Identidad de género
Otro: _____

Fecha más reciente en que se produjo la acusación anterior:

Primera: _____ Más reciente: _____ Acción continua: _____

NO HE tramitado una denuncia con una agencia de ejecución federal ni estatal.

HE tramitado una denuncia con una agencia de ejecución federal o estatal. (*Especifique a continuación*)

Agencia de ejecución federal: _____ Fecha de tramitación: _____

Proporcione una declaración breve del problema (*La queja*):

Yo creo que el problema puede resolverse al (*Especifique*):

Afirmo que toda la información que he proporcionado es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma del Reclamante _____ Fecha _____

Firma del Investigador _____ Fecha _____

Asignación de ruta:

- 1) Presente en su oficina del DES local.
- 2) Presente en persona: 1789 W. Jefferson Street, 4th Floor SE, Phoenix, AZ.
- 3) Envíe por correo a: Office of Equal Opportunity, Attn: DES Complaint Coordinator, P.O. Box 6123, Mail Drop 1323, Phoenix, AZ 85007.
- 4) Envíe por fax a: (602) 364-3982.
- 5) Envíe por email a: OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov